

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1951

THESE

1227

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Rolland Michel CHARTIER

Élève de l'École du Service de Santé Militaire

Né le 15 Septembre 1922, à Dinard (Ille-et-Vilaine)

Présentée et soutenue publiquement le 20 décembre 1951

**APPENDICECTOMIE
ET INTERVENTIONS GYNECOLOGIQUES
CONSERVATRICES**

Président : M. CORDIER, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1951

FACULTE

DE PARIS

ANNÉE 1951

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Rolland Michel CHARTIER

Élève de l'École du Service de Santé Militaire

Né le 15 Septembre 1922, à Dinard (Ille-et-Vilaine)

Présentée et soutenue publiquement le 20 décembre 1951

**APPENDICECTOMIE
ET INTERVENTIONS GYNECOLOGIQUES
CONSERVATRICES**

Président : M. CORDIER, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1951



Digitized by the Internet Archive
in 2026

DOYEN HONORAIRE :

M. Baudouin

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Baudouin, Brindeau, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, Delbet, Guillaïn, Hartmann, Harvier, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemierre, Lhermitte, Loeper, Marion, Mathieu, Mocquot, Mulon, Ombrédanne, Rouvière, Sannié, Sébilleau, Sézary, Tanon.

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSESSEUR Jean VERNE

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie		OLIVIER (E.)
Anatomie pathologique		DELARUE
Bactériologie		GASTINEL (P.)
Biologie médicale		VERNE (J.)
Cancérologie médicale et sociale		HUGUENIN (R.)
Carcinologie		OBERLING (C.)
Chimie médicale		POLONOVSKI (M.)
Cliniques chirurgicales	Hôtel-Dieu	BROCQ (P.)
	Saint-Antoine	CADENAT (F.)
	Salpêtrière	MONDOR (H.)
	Cochin	QUENU (J.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique		MERLE D'AUBIGNE (R.)
Clinique de cardiologie		DONZELOT (E.)
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie		FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire		MONOD (R.)
Clinique de la tuberculose		BERNARD (E.)
Clinique de neuro-chirurgie		PETIT-DUTAILLIS (D.)
Clinique de puériculture		LELONG (M.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		DEGOS (R.)
Clinique des maladies du sang		CHEVALLIER (P.)
Clinique des maladies du système nerveux		ALAJOUANINE (T.)
Clinique des maladies des enfants		DEBRE (R.)
Clinique des maladies infectieuses		MOLLARET (F.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale		DELAY (J.)
Clinique gynécologique		FUNCK-BRENTANO
Cliniques médicales	Hôtel-Dieu	BENARD (H.)
	Bichat	LAROCHE (G.)
	Cochin	MOREAU (R.)
	Pitié	LIAN (C.)
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique		JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médicale propédeutique		PASTEURVALLERY-RADOT (L.)
Cliniques obstétricales	Tarnier	LANTUEJOUL (P.)
	Baudelocque	LEVY-SOLAL (E.)
	Port-Royal	LACOMME (M.)
Clinique ophtalmologique		VELTER (E.)
Clinique oto-rhino-laryngologique		AUBIN (A.)
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires (chaire à titre personnel)		RICHET (C.)
Clinique psychiatrique infantile		HEUYER (C.)
Clinique rhumatologique		COSTE (F.)
Clinique stomatologique		DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale		SENEQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale		CHABROL (E.)
Clinique urologique		FEY (B.)
Embryologie		GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie		MOUQUIN (M.)
Histologie		CHAMPY (C.)
Génétique		LAMY (M.)
Hygiène et clinique de la première enfance		CATHALA (J.)
Hygiène et médecine préventive		JOANNON (C.)
Médecine du Travail		DESOILLE (H.)

Médecine légale	PIEDLIEVRE (R.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale	GAILLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	DE GAUDART D'ALLAINES (F.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LEMAIRE (A.)
Pathologie médicale	BARIETY (M.)
Pathologie et thérapeutique générales	DE GENNES (L.)
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R.)
Physiologie	BINET (L.)
Physique médicale	STROHL (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale	MOULONGUET (P.)
Thérapeutique	TURPIN (R.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

MM.		MM.	
Anatomie . . .	{	Pathologie chirurgicale . . .	{
Anatomie pathologique	{	Pathologie expérimentale .	{
Bactériologie .	{	Pathologie médicale . . .	{
Biologie médicale	{	Pédiatrie	{
Chimie médicale.	{	Pharmacologie .	{
Dermato- syphiligraphie .	{	Physiologie . . .	{
Histologie . . .	{	Physique médicale . . .	{
Hydrologie . . .	{	Psychiatrie . . .	{
Hygiène	{	Psychiatrie infantile . . .	{
Médecine légale	{	Stomatologie . .	{
Neurochirurgie .	{	Thérapeutique .	{
Neurologie . . .	{	Urologie	{
Obstétrique . . .	{		
Ophtalmologie .	{		
Oto-rhino- laryngologie	{		
Parasitologie . .	{		
Parasitologie coloniale ff . .	{		
Pathologie chirurgicale . .	{		

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BRINDEAU (A.) (*Obstétrique*), GATELLIER (J.) (*Clinique chirurgicale*),
LE LORIER (V.) (*Obstétrique*), VAUDESCAL (R.) (*Obstétrique*)

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

	MM.		MM.
Clinique chirurgicale ..	{ AMELINE (A.) MENEGAUX (G.) PATEL (J.) SICARD (A.)	Clinique médicale	{ MARCHAL (G.) SOULIE (E.)
		Clinique obstétricale ..	{ DIGONNET (L.) ECALLE (G.) LACOMME (M.)
Clinique médicale	{ BOULIN (R.) BROUET (G.) CACHERA (R.) GARCIN (J.) HAGUENAU (M.) LENEGRE (J.)	Clinique ophtalmologique	RENARD (G.)
		Clinique O.R.L.	
		Clinique urologique ...	COUVELAIRE (R.)

MM.
Secrétaire de la Faculté MOREL (J.)
Secrétaire-adjoint Mlle CHAINTREUIL (G.)

Bibliothécaire en Chef Docteur HAHN (A.)
Bibliothécaires Mlles DUMAITRE (P.), GOICHON (A.-M.),
LAURENT (H.), LE NOIR (G.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE

Médaille de la Résistance — Palmes Académiques

En remerciement pour les sacrifices qu'elle s'est imposés, pour tout ce que je lui dois et lui devrais.

Qu'elle trouve ici l'expression de mon amour pour elle et de mon profond attachement.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MES CAMARADES D'ETUDES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CORDIER

Professeur Agrégé d'Anatomie
à la Faculté de Médecine de Paris
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Il nous a fait le grand honneur
d'accepter d'être le président de
cette thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR AUCLAIRE

*Qui a bien voulu participer à
ce travail et nous accueillir avec
toute sa bienveillance auprès de
lui.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR LE GAC

*Il nous a souvent aidé de ses
conseils.
En hommage respectueux.*

A TOUS NOS PROFESSEURS

A TOUS NOS CHEFS DE CLINIQUE

A NOS JUGES

A MONSIEUR LE MÉDECIN-GÉNÉRAL LIEUX

Chirurgien des Hôpitaux Militaires
et Spécialiste Principal des Hôpitaux Militaires
Médecin-Chef de l'Hôpital Militaire Bégin

*En hommage respectueux de
l'amitié paternelle qu'il nous a té-
moignée depuis notre jeune âge.*

*Qu'il veuille bien trouver ici
notre modeste reconnaissance.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN-COMMANDANT MOUGENOT

Professeur Agrégé du Val-de-Grâce

*Avec toute notre admiration et
nos remerciements pour l'accueil
qu'il nous a réservé dans le ser-
vice.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN-COMMANDANT SARLIN

Professeur Agrégé du Val-de-Grâce

*Qu'il trouve ici l'expression de
notre profonde gratitude et notre
vive reconnaissance pour le sujet
de cette thèse qu'il a bien voulu
nous donner, pour sa bienveillance
et ses conseils si précieux.*

GÉNÉRALITÉS

Le premier cas d'appendicite est retrouvé sous la plume d'un auteur français. Il fut rapporté par MESTIVIER, en l'année 1759, dans le « Journal de Médecine, Chirurgie et Pharmacie ».

En 1908, l'appendicite ne comptait encore à son actif que quatre faits, tous publiés en France, dont deux concernaient des corps étrangers, et un troisième, celui de JADELOT (1808), la présence de vers lombricoïdes dans l'intestin de l'appendice.

Après le traité de TALAMON, paru en 1892, après la première édition de celui de SOMMENBURG, qui date de 1894, les travaux qui ont eu l'appendicite pour objet ne sont plus à dénombrer : observations simples ou accompagnées de longs commentaires, monographies d'ensemble ou consacrées à un point particulier de son histoire, discussions dans les sociétés savantes du monde entier, thèses innombrables, rapports au congrès, traités didactiques, rien n'a manqué à l'histoire de l'appendicite qui remplirait à elle seule une bibliothèque spacieuse.

Dans toute cette littérature sur l'appendicite, nous n'avons trouvé que peu de renseignements au sujet de l'appendicectomie pratiquée au cours d'interventions gynécologiques.

Antérieurement à 1914, la littérature que nous avons pu consulter ne mentionne aucun cas d'appendicectomie associée à une intervention d'ordre gynécologique. A cette

époque, pour la première fois, deux Français, BÉRARD et VIGNARD, signalent dans leur traité sur « L'Appendicite » qu'une appendicectomie peut être associée à une intervention dont l'objet principal était les annexes. Mais ces auteurs n'ont tiré aucune base clinique, aucune base physio-pathologique sur les conséquences de cette association opératoire. Ils ne rapportent aucune observation se rapportant au sujet qui nous intéresse. Il semble donc bien qu'ils n'en aient précisé ni les indications, en facteur des lésions ou des interventions pratiquées, ni les complications en facteur de l'appendicectomie.

Par la suite, sans de plus simples précisions, on retrouve sous la plume de différents auteurs, qu'il reste toujours possible d'associer appendicectomie et intervention sur le petit bassin.

Ce n'est qu'en 1943 qu'un cri d'alarme est lancé à la Société des Chirurgiens de Paris, où une discussion est mise à l'ordre du jour à la suite d'une communication de LE GAC. Deux ans de discussions n'ont pas permis de rallier tous les suffrages des différents auteurs qui prirent part à la discussion. Comme souvent en pareil cas, chacun garde son opinion sur la question, il ne semble pas que l'accord se soit fait sur ce que doit être la conduite du chirurgien, malgré ces multiples discussions. Ceci tient, peut-être, à ce que les auteurs restent sur leur position et plus encore à ce que nombre d'observations malheureuses d'appendicectomie concomitante d'opérations sur le petit bassin n'aient pas été publiées.

On veut bien en parler au cours d'une discussion, fouiller dans sa mémoire pour en extraire un cas terminé tragiquement, mais on écrit moins volontiers le texte d'une telle observation et, cependant, plus intéressants souvent sont les échecs que les succès. Des premiers seuls peuvent se tirer une leçon et une conduite à suivre pour l'avenir.

Cependant, le problème de l'appendicectomie au cours de diverses opérations obdaminales n'a pas échappé à Jean

QUÉNU dans son traité de technique opératoire. Cet auteur spécifie avec modération et prudence, que l'appendicectomie ne doit ni compliquer, ni aggraver, ni allonger l'intervention qui avait notifié l'indication opératoire. Déjà il formule des restrictions sur l'indication de l'appendicectomie en fonction de l'intervention pratiquée.

Une observation vécue dans le service de Gynécologie de MM. MOUGENOT et SARLIN, à l'hôpital Bégin, nous a montré la gravité possible d'une appendicectomie venant compliquer une intervention sur la sphère génitale de la femme, et c'est le sujet de notre travail. Et ces complications intéressant le cellulaire du petit bassin nous ont paru d'autant plus intéressantes à étudier, qu'à l'heure actuelle, avec l'essor gigantesque des antibiotiques, les audaces des chirurgiens paraissent dépasser les limites de la sécurité.

Enfin, M. AUCLAIRE a eu l'amabilité de nous confier une observation inédite qui, se situant avant l'ère des antibiotiques, montre bien toute la gravité que peut entraîner une appendicectomie au cours d'une intervention gynécologique.

LE PROBLÈME QUI SE POSE

L'appendicectomie systématique dans toutes les interventions gynécologiques est-elle légitime ? sans inconvénients ? ou au contraire dangereuse ?

Les rapports, intimes parfois, entre l'appendice et les annexes expliquent la possibilité d'erreurs ou de confusions en ce qui revient à l'appendice maladie, à l'ovaire ou à la trompe dans un syndrome douloureux de la fosse iliaque droit. Souvent un épisode douloureux mal défini, souvent insuffisamment étudié a été étiqueté : appendicite. La persistance des douleurs par la suite fait conserver cette idée d'appendicite et même si l'examen gynécologique est suffisamment éloquent pour expliquer « le syndrome douleur », la malade ne manque pas de retenir et d'incriminer ce grand responsable des douleurs de la fosse iliaque droit : l'appendice. Cet état psychique peut être une des raisons militant en faveur de l'appendicectomie systématique.

Cette systématisation dans les indications opératoires existe dans l'esprit de certains chirurgiens. Déjà, en 1914, bien avant l'avènement des antibiotiques, BÉRARD et VIGNARD, dans leur traité, préconisaient l'appendicectomie systématique lors des interventions sur les annexes et dans toutes les interventions abdominales. Plus encore, ces auteurs ne formulaient, ce qui est paradoxal pour l'époque, aucune indication, aucune contre-indication et même aucune restriction.

Dans leur traité de technique chirurgicale, il semble bien que les différents auteurs n'aient vu que la très grande facilité de l'appendicectomie au cours des laparotomies dans les affections du petit bassin. Ils se contentent d'évoquer la possibilité relativement fréquente de lésions appendiculaires macroscopiquement non visibles. C'est pour éviter le risque d'une nouvelle intervention et, dans les traités déjà plus anciens, pour éviter le danger d'une nouvelle anesthésie, que l'appendicectomie systématique a pu prendre une place de choix.

Dernier argument, enfin, pourquoi ne pas profiter de l'occasion pour débarrasser le malade d'un organe inutile, pouvant être dangereux ? Notre intention n'est pas d'entamer la discussion sur l'intérêt de l'appendice, ce qui dépasserait le cadre de ce travail sans apporter un élément important au but que nous poursuivons.

Jean QUÉNU, dans son traité de technique chirurgicale, laisse entrevoir par des indications extrêmement nuancées les restrictions qui s'imposent à l'encontre d'une exérèse aussi systématique. Nous lisons en effet : « Je l'enlève *habituellement* au cours des laparotomies pour hystéropexies, annexite ; je ne l'enlève *presque jamais* quand je fais une hystérectomie pour fibrome ou pour cancer utérin, parce que je ne suis pas tout à fait sûr qu'en pareil cas l'appendicectomie ne crée pas un petit risque supplémentaire. » Et ce petit risque supplémentaire invoqué par Jean QUÉNU, et qui pour lui, comme pour nous, peut être le fait habituellement de l'appendicectomie, est à retenir. Il est pour nous beaucoup plus qu'un « petit risque » et souvent le point de départ de véritables catastrophes. Notre opinion reflète donc en ce point les restrictions annoncées par Jean QUÉNU ; par contre, nous ne suivons pas entièrement cet auteur sur les principes mêmes des indications telles qu'il les pose.

A l'opposé, les adversaires de l'appendicectomie systématique font reposer leur opinion sur des cas malheureux souvent bien étudiés, habituellement toujours peu publiés.

Ils commencent par poser la question de savoir s'il viendrait à l'idée d'un chirurgien digne de ce nom, d'enlever l'appendice au cours d'une intervention pour G.E.U. avec inondation péritonéale, pour prendre un exemple de lésion dans le petit bassin ; pas plus qu'il ne serait raisonnable de faire une appendicectomie au cours d'une suture d'ulcère perforé, pour prendre un second exemple de lésion sise dans l'étage supérieur de l'abdomen.

Certains des adversaires de l'appendicectomie systématique vont plus loin : qu'une erreur de diagnostic soit faite au départ — et qui n'a pas fait d'erreur de diagnostic devant un ventre aigu douloureux — et que l'opérateur commence par une incision dans la fosse iliaque droite, ils n'hésitent pas à laisser en place l'appendice sain pour ne traiter que la lésion. Pour eux, ce geste d'*apparence anodine* peut avoir des conséquences extrêmement fâcheuses, non pas tant du fait des quelques minutes perdues à faire cette ablation que sur l'évolution de la maladie post-opératoire ; nous aurons l'occasion d'y revenir. La cicatrice certes témoigne de l'erreur : il suffira d'avertir les malades et qu'ils sachent que leur appendice est toujours en place. L'incision iliaque droite ne sera pas pour autant inutile : un drain dans un Douglas y trouvera correctement sa place.

Le meilleur argument des adversaires systématiques est le fait de l'existence de sang dans le péritoine. Ce n'est un secret pour personne de rappeler que la présence d'un épanchement sanguin intra-péritonéal constitue un milieu de choix au développement d'une infection du péritoine, du cellulaire sous-péritonéal si un décollement a été fait.

Enfin, il fut un temps où l'on rompit de nombreuses lances dans toutes les sociétés savantes sur les réactions « pseudo-péritonéales » post-opératoires par troubles humoraux beaucoup plus que par infection vraie. Et cet argument n'a pas manqué d'être relevé et noté au profit des détracteurs. Une appendicectomie, quel que soit le

degré ou l'absence d'infection, n'en reste pas moins un geste septique qui ouvre une cavité infectée et qui, comme tel, reste un danger dans certains cas qu'il est possible de bien préciser.

Ce dernier argument n'a pas manqué d'être réfuté par les partisans de l'appendicectomie systématique. Pour eux, cette exérèse bien faite, sans presse et sans faute, ne peut être retenue comme un geste ou traumatisant ou dangereux.

Comme toujours et lorsque deux opinions aussi diamétralement opposées se heurtent, soutenues par des noms connus et autorisés, il ne manque pas de place pour un troisième groupe, celui des éclectiques. Une telle exclusivité ne peut être de mise en présence d'un problème qui se pose journellement dans l'exercice de la profession. Il n'est pas dans nos habitudes de rester *inactifs* et *passifs* : certes, des incidents peuvent être le fait d'indications mal posées, ou posées à la légère. On doit savoir parfois ne pas se laisser aller à ce geste de facilité que constitue l'appendicectomie au cours d'une laparotomie.

Ces discussions anciennes, celles de demain, doivent nous inciter à plus de prudence, à nous montrer d'autant plus méfiants que des lésions microscopiques ne doivent pas manquer d'échapper souvent à nos investigations peropératoires. Nul ne peut, *a priori*, prévoir les réactions physiologiques du malade qu'il opère, et les suites opératoires, si elles sont le fait de la main du chirurgien, dépendent plus encore de l'individu et de ses réactions personnelles.

L'appendice est-il toujours malade chez la femme qui souffre du côté droit alors que l'examen gynécologique ne permet pas de déceler des lésions génitales indubitables ? Nous ne sommes pas loin de croire que le *primum movens* n'est *jamais appendiculaire*, et ceci pour différentes raisons.

Ne voyons-nous pas journellement à nos consultations des femmes qui souffrent du ventre et depuis longtemps,

très souvent, qui ont eu les mois ou les années précédents une appendicectomie qui n'a apporté qu'une sédation de très courte durée et qui parfois même a amené une augmentation des troubles et des douleurs ?

N'est-il pas d'observation courante, dans les grands services de chirurgie générale, de compter les vraies appendicites aiguës chez la femme, alors que celles-ci sont d'observation courante chez l'homme ? Ne voyons-nous pas de ces jeunes filles qui ont eu une appendicectomie au moment où s'établissaient leurs premières règles, et ceci sans aucun avantage pour l'avenir, si ce n'est celui de créer un syndrome adhérentiel, cause de nouvelles douleurs ? N'y aurait-il pas une sorte de *vaccination* du péritoine pelvi-abdominal chez la femme du fait de micro-infection concomitante de chaque menstrue ? En bref, nous croyons qu'une *solution paresseuse* a fait enlever plus d'appendices innocents que ne le fera jamais aucun autre syndrome abdominal.

Il n'est pas douteux que les douleurs chez la femme, à point de départ salpingien ou ovarien, sont la conséquence d'un état infectieux latent qui gagne de proche en proche et trouve un lieu d'élection pour se développer et enrober dans un réseau lymphatique qui échappe à toute systématisation ou description anatomiques, le bas-fond cœcal et l'appendice. Ce carrefour lieu de stase chronique, infecté certainement, plus encore chez la femme, constipée chronique, explique l'état d'infection latente, pouvant subir des poussées aiguës douloureuses sans cause apparente ou encore du fait d'une intervention chirurgicale.

Lorsqu'un fibrome, ou mieux, des myomes sous-séreux viennent à se développer, du même coup se produisent progressivement, certes pour n'amener aucun trouble brutal, des modifications circulatoires et surtout lymphatiques qui vont créer un courant anormal et pathologique entre le petit bassin et la fosse iliaque droite où, comme nous venons de le voir, existe un point d'appel à l'infection.

Ceci explique la fréquence des lésions appendiculaires observées chez les fibromateuses et nous n'en voulons pour preuve que le récit rapporté par LUGUET à la Société des Chirurgen de Paris en 1943 : Trois fibromateuses hystérectomisées quelques mois auparavant, revenant toutes les trois à l'hôpital Broca pour une appendicite aiguë. Nous savons que pour DUJARIER, pour PAUCHET, l'infection appendiculaire au cours du fibrome est habituellement constante, mais ceci ne prouve pas que l'appendicite soit le *primum movens* mais bien plutôt le fait du fibrome ; nous verrons au chapitre de nos indications, que l'appendicectomie doit alors être quasiment considérée comme systématiquement à faire, à condition cependant d'avoir fait une hystérectomie et non une myomectomie pour les raisons que nous aurons l'occasion de revoir.

De même, et plus encore dans les lésions annexielles ou au cours du développement des kystes de l'ovaire, il est judicieux de croire et plus encore d'admettre que des perturbations dans les courants lymphatiques créent des courants anormaux de déversement de la lymphe entre le petit bassin et la région cœco-appendiculaire. Là encore, le *primum movens* n'est pas l'appendice mais bien la sphère génitale.

LEMIERRE et LENORMAND, dans le « Traité de médecine », soutiennent l'opinion que nous venons d'émettre et poussent encore plus loin l'hypothèse : pour eux, une lésion annexelle gauche peut très bien venir retentir à droite et être le point de départ d'un syndrome appendiculaire.

En somme, on peut poser en principe que l'appendice peu ou prou participe aux lésions du petit bassin chez la femme et, comme tel, constitue un foyer infectieux latent. Son ablation s'imposerait donc systématiquement, ce serait là la déduction logique et cependant nous croyons que des restrictions s'imposent, c'est ce qui fera l'objet du chapitre suivant.

ESSAIS PATHOGÉNIQUES

La pathogénie des complications qui nous intéressent au cours des interventions sur le petit bassin, associées à une appendicectomie, nous paraît pouvoir être placée sous une triple rubrique :

— celle des phénomènes réactionnels péritonéaux post-opératoires ;

— celle des lymphatiques ;

— celle du sang : sang libre intra-péritonéal, éraillure ou hématome sous-péritonéal, hémostase insuffisante ou précaire.

Reprenons chacun de ces éléments.

I. — LA REACTION PERITONEALE

D'origine humorale pour les premiers observateurs, elle fait partie du syndrome de la maladie post-opératoire. Son étiologie ne nous retiendra pas. Est-elle le fait simplement de modifications d'ordre circulatoire inhérentes à toute agression chirurgicale, ou bien traduit-elle les réactions de défense de l'organisme, et en particulier de la séreuse à une infection latente, larvée ou encore jugulée par les antibiotiques dès avant son apparition. Il est probable qu'une intrication des deux phénomènes intervient, et il est encore plus certain que les défenses spontanées de l'organisme en viennent à bout dans la majorité des cas ; ce

n'est qu'exceptionnellement, en cas d'atteinte plus profonde de l'état général, ou encore de sidération anormale des moyens de défense naturelle, que l'extériorisation clinique se fait alors à grands fracas. Ce sont ces cas qui conduisent par septicémie lente ou pyémie avec abcès métastatiques (comme dans notre observation) au grand drame se terminant parfois tragiquement.

Si l'on admet cette pseudo-péritonite comme courante ou tout au moins comme très fréquente chez des organismes infectés, surmenés ou débilités, on explique *ipso facto* la possibilité d'infection du cellulaire, surtout si l'intervention a conduit à des décollements ou même plus simplement à des éraillures ou encore à l'ouverture d'un ligament large, riche en éléments cellulo-graisseux et en mailles lymphatiques très serrées.

II. — LE ROLE DES LYMPHATIQUES

Anatomiquement, les réseaux lymphatiques des organes génitaux de la femme et de l'intestin ont des collecteurs différents.

Les premiers se drainent dans les ganglions latéro-aortiques et, de là, gagnent la citerne de Pecquet. Ces ganglions baignent dans le tissu cellulaire sous-péritonéal qui communique sans barrage et sans ligne de démarcation avec le cellulaire pelvien.

A l'opposé, et pour les anatomistes, les lymphatiques de la région cœco-appendiculaire assez peu nombreux se déversent dans les ganglions mésentériques pour se jeter directement à leur tour dans la citerne de Pecquet. L'autonomie de ces deux systèmes lymphatiques n'est pas aussi rigide que semble l'indiquer ce schéma anatomique que nous venons d'énoncer. Des intercommunications, des anastomoses échappant à toute description ou systématisation, existent entre les deux systèmes.

Enfin, notons que le réseau lymphatique de l'appendice s'anastomose avec le réseau du feuillet péritonéal qui revêt la fosse iliaque interne et, de ce fait, entre en rapport avec les territoires de voisinage et, dans le cas qui nous intéresse, ils prennent des connexions intimes avec les organes génitaux : ovaires, trompes.

Mais l'infection à point de départ génital, salpingien ou ovarien, ne peut obéir et rester dans des cadres aussi rigides et ces intercommunications, que les anatomistes eux-mêmes ne nient pas, ne manquent pas de s'établir entre la sphère génital et la sphère abdominale, et en particulier avec la région cœco-appendiculaire.

Notre expérimentation sur la lapine nous a montré des faits qui corroborent cette façon de voir. Qu'au niveau de l'ovaire d'une lapine on crée par un traumatisme une infection locale, et qu'on mette cette tranche ovarienne au contact du bas-fond cœcal (l'appendice étant difficilement repérable chez le lapin), qu'observe-t-on ? Le développement d'une infection locale avec atteinte ganglionnaire dans le territoire correspondant et mort de l'animal beaucoup plus par septicémie que par péritonite vraie.

C'est ce qui se produit, croyons-nous, chez la femme et en particulier lorsqu'existe un kyste de l'ovaire. Même en l'absence de toute torsion du pédicule, il se crée et se développe un réseau lymphatique à mailles très serrées qui enserre un foyer d'infection latente mais qui peut flamber, si lors d'une intervention on vient à ouvrir ces réseaux lymphatiques et à les infecter par un temps encore plus septique comme le reste, à peu près toujours, une appendicectomie. Ainsi si PAUCHET, DUJARRIER ont pu affirmer que les fibromateuses ont toujours des lésions appendiculaires, il n'est pas moins exact de penser et d'admettre que les kystes de l'ovaire peuvent entraîner une infection latente et concomitante de l'appendice.

De même et *a fortiori*, dans les lésions infectieuses salpingiennes, dans les kystes de l'ovaire à pédicule tordu,

l'apport infectieux tend à s'étendre en tache d'huile, infectant sur son passage le cellulaire pelvien, le cellulaire sous-péritonéal, créant de ces formations vélamenteuses ou de ces épaississements du méso appendice qui ne sont que la traduction locale d'une infection minime, mais n'en existant pas moins. Qui dit ancienne n'en dit pas moins infection, et on ne peut en aucune façon en préciser le degré plus ou moins marqué et moins encore prévoir l'importance des flambées consécutives, et là encore nous avons une explication de bon sens pour montrer la possibilité de ces complications infectieuses risquant de perturber gravement les suites opératoires. Certes, l'ère des antibiotiques a apporté une sécurité plus grande, certes ceux-ci peuvent nous donner plus d'audace sans pour cela minimiser les risques que l'on fait courir aux opérées, et ceci est démontré et oppose bien les deux observations que nous rapportons : celle de Monsieur AUCLAIRE et la nôtre.

Il est plus que certain que si notre malade n'avait pas pu bénéficier de la pénicilline pré et post-opératoire, si nous n'avions pas eu à notre disposition la streptomycine et l'auréomycine, nous aurions assisté à une fin par « exitus » alors que nous n'avons pu voir se former et drainer différentes collections :

- abcès cloisonné du Retzius ;
- péritonite sous-phrénique gauche localisé ;
- abcès sous-phrénique droit localisé ;
- fistule du grêle.

III. — L'IMPORTANCE DU SANG

Ce serait vraiment méconnaître les lois les plus élémentaires de la biologie humaine que de ne pas admettre l'importance du sang épanché dans un cellulaire ou dans une séreuse. Ce sang libre, cet hématome sous-péritonéal ou d'un ligament large, constituent un point d'appel élec-

tif pour l'infection et, comme nous avons estimé que cette infection est constante, nous croyons avoir suffisamment prouvé le danger d'accomplir un geste septique lorsque l'on a traité soit une affection ayant créé une inondation sanguine (grossesse extra-utérine), soit une affection dont l'hémostase est difficile ou précaire (myomectomie), soit une affection ayant entraîné une suffusion hémorragique locale (kyste hématique de l'ovaire), soit *a fortiori* lorsqu'on est amené à traiter des affections suppurées (pyosalpinx), ou l'on a sommation des difficultés d'hémostase et d'exérèse (adhérences), le tout en milieu particulièrement infecté.

Enfin, lorsqu'une chirurgie conservatrice à visée fonctionnelle (stérilité) est pratiquée sur les organes génitaux de la femme, on s'expose à des hémostases difficiles, à la création d'hématomes et comme très souvent on a été obligé de rompre des adhérences pour arriver au but visé, il est alors facile d'imaginer qu'une appendicectomie, temps septique, puisse venir favoriser la flambée d'un milieu où l'infection est restée en puissance.

De même que le cloisonnement du Douglas à la manière de MARION (aux points plus ou moins traumatisants, plus ou moins profonds, pouvant intéresser le celluleux sous-péritonéal) en modifiant l'architecture du pelvis, les connexions antérieures et enfin en créant des adhérences nouvelles, favorisent sans aucun doute le développement d'une infection pour peu qu'un geste septique (appendicectomie) vienne s'ajouter. Enfin, l'important décollement vésico-utérin permettant et réalisant la manœuvre de PESTALOZZA ne se faisant pas habituellement sans créer un hématome sous-péritonéal, offre un milieu de choix au développement d'une infection aussi légère soit-elle, à condition que celle-ci existe ou soit créée (appendicectomie).

LE PROBLÈME VU PAR LE CLINICIEN

Instruits par les notions pathogéniques que nous avons passées en revue au chapitre précédent, instruits des risques que nous pouvons faire courir à nos malades en pratiquant une appendicectomie systématique, il nous est facile de montrer que des *contre-indications absolues* se dressent dans :

I. — LES INFECTIONS AIGUES

C'est le cas :

1° Salpingite, pyosalpinx, phlegmon du ligament large. Le milieu où l'on opère est un milieu par définition infecté. Certes, on aura eu soin de refroidir les lésions (antibiotiques, repos, glace, etc.), mais l'intervention ne s'en fera pas moins en milieu septique et l'idée ne peut effleurer l'esprit dans l'éventualité d'une appendicectomie en pareil cas. Pour les deux raisons, lymphatique et sanguine, que nous avons précisées au chapitre précédent. Au cours d'une intervention où toutes les difficultés peuvent s'être accumuler, il ne peut être question d'allonger le temps opératoire par un geste supplémentaire qui, non seulement ne s'impose pas, mais qui risque encore d'entraîner des complications extrêmement graves ;

2° Dans les ovarites où la part infectieuse est indéniable, les mêmes considérations persistent à l'encontre d'une intervention sur l'appendice ;

3° Enfin, dans les kystes de l'ovaire qui atteignent un certain volume, des adhérences peuvent venir apporter une nouvelle difficulté opératoire, enfin, le réseau lymphatique au niveau de ces kystes et les intercommunications avec la sphère cœco-appendiculaire laissent planer le danger lymphatique auquel s'ajoute, pour sa part, le danger hémorragique (pédicule œdématisé, difficile à bien lier, difficile à enfouir correctement) ; les deux dangers, lymphatique et sanguin, se retrouvent, encore augmentés, en cas de kyste de l'ovaire à pédicule tordu.

En somme, nous voyons là des contre-indications absolues où la sommation des risques ne doit pas faire hésiter à préférer faire en un temps ultérieur, s'il s'avère indispensable, l'appendicectomie et ceci même si, macroscopiquement, des lésions chroniques peuvent être constatées et même si la malade a demandé d'une façon expresse cette ablation.

II. — LES HEMOPERITOIINES

A. — D'ORIGINE GRAVIDIQUE.

Quel que soit le point d'implantation ectopique de la grossesse, qu'il y ait ou non inondation péritonéale ou qu'il y ait simplement fissuration avec simple transudation, le milieu se présente comme un milieu de choix pour permettre le développement d'une infection.

Dans la forme cataclysmique, aujourd'hui plus rare que ne le disent les classiques, l'idée ne viendrait à personne de songer à pratiquer en même temps une appendicectomie. Il s'agit d'une hémorragie interne, grave, l'opération doit être salvatrice, c'est son seul but, ce sera le seul que poursuivra le chirurgien.

Dans les formes amplement fissurées, ou en l'absence de toute fissure ou complication locale, l'intervention doit tendre de nos jours à être essentiellement *conservatrice*

et l'annexectomie ne doit être exceptionnelle : nous retombons alors dans un des cas d'un paragraphe suivant où nous soutenons l'opinion que l'appendicectomie est contre-indiquée dans toute la chirurgie conservatrice sur les annexes et *a fortiori* si l'intervention a eu pour but de traiter chirurgicalement une stérilité.

B. — D'ORIGINE TUBAIRE EN DEHORS DE LA GRAVIDITÉ.

Les causes mécaniques sont loin d'être rares et LUCIONI, dans sa thèse (1929), pouvait rapporter 44 cas de torsion d'annexes saines. L'hémopéritoine se fait par un mécanisme particulier qu'il est intéressant de rapporter : le sang épanché des vaisseaux des plis muqueux passe dans la cavité abdominale par l'intermédiaire de la lumière tubaire. Ces torsions peuvent dans d'autres circonstances créer une hématocele rétro-utérine (REGARD). Enfin, une distension mécanique peut amener la rupture d'une trompe distendue par du sang, et CURRIER a signalé une telle observation consécutive à une insufflation tubaire.

Ce sang provenant de la trompe, provenant d'un organe siège fréquent d'une infection, offre à la pullulation microbienne un milieu de choix qu'il importe de ne pas perdre de vue et qu'il convient ni de stimuler, ni moins encore d'ensemencer par un geste septique (appendicectomie).

A côté des causes rares d'hémopéritoine tubaire, les unes dues à des modifications cycliques de la trompe, troubles du péristaltisme pour WESTMANN (qui aurait remarqué chez le macaque un véritable antipéristaltisme tubaire), les autres dues à une endométriose tubaire : nous n'entrerons pas dans les détails de la conception pathogénique de SAMPSON à la fois originale et imagée.

L'infection tubaire, enfin, sous la forme de la pachysalpingite hémorragique, peut être le point de départ d'un

hémopéritoine d'origine génitale chez la femme. Dans les deux premiers cas, le diagnostic n'est habituellement jamais posé et c'est le plus souvent par un syndrome appendiculaire qu'on intervient ; quant au dernier cas, il retombe dans le chapitre des lésions infectieuses et nous avons déjà signalé notre point de vue en pareil cas.

Enfin, les tumeurs bénignes ou malignes de l'ovaire peuvent être le point de départ d'hémorragie intra-péritonéale, mais alors ces lésions, à elles seules, suffisent au chirurgien pour qu'il ne lui vienne à l'esprit d'allonger une intervention par un temps supplémentaire d'appendicectomie.

C. — D'ORIGINE UTÉRINE.

Nous retrouvons là une des affections les plus fréquemment rencontrées en chirurgie gynécologique : le fibrome. Soit qu'il s'agisse d'un fibrome pédiculé tordu, soit qu'il s'agisse d'un fibrome sous-séreux en voie de dégénérescence, soit qu'il s'agisse d'un myome non compliqué. A son niveau peut se produire une rupture d'un vaisseau sous-séreux (origine fréquente) et la transudation intra-péritonéale s'ensuit : ou bien l'hémopéritoine est consécutif à une complication veineuse infectieuse du type phlébite érosive (COUVELAIRE), soit encore qu'il s'agisse de l'exceptionnelle rupture d'un myome sous-séreux. Dans tous ces cas et si l'on a fait une intervention conservatrice sur l'utérus du type d'une myomectomie avec ou sans ouverture de la cavité utérine septique, l'appendicectomie est formellement contre-indiquée : notre observation illustre éloquentement cette dernière éventualité.

Une hémorragie intra-péritonéale, le plus souvent résectionnelle, peut être le fait d'une tumeur maligne de l'utérus : le but chirurgical est alors suffisant sans que le chirurgien puisse disperser, ailleurs que sur la sphère génitale, son activité.

Enfin, restent les hémopéritoines dus à un reflux utéro-tubo-péritonéal cataménial dont la cause peut être soit une atrésie de l'isthme utérin, soit une sténose cervico-utérine, soit encore un reflux anormal sans obstacle mécanique. Ces causes sont trop exceptionnelles pour qu'elles entraînent une sanction chirurgicale : l'appendicectomie ne se discute donc pas.

D. — D'ORIGINE OVARIENNE.

Après la trompe gravide, l'ovaire est à l'origine d'hémorragie intra-péritonéale et cette origine est très fréquente. Dès 1850, de nombreux auteurs (GALLARD, NÉLATON, DENONVILLIERS) en avaient admis l'origine ovarienne. Ces auteurs y avaient songé avant d'avoir pensé à la grossesse extra-utérine. Progressivement effacée par l'importance et la fréquence des grosses ectopiques, il semble bien que, de nos jours, on ait révisé cette notion et que « l'origine ovarienne des hémorragies intra-péritonéales a été réhabilitée et mise à la place qui lui convient ».

Dans les hémorragies d'origine ovarienne, il faut distinguer les hémorragies provenant d'éléments constitutifs normaux de l'ovaire : le stroma — et l'appareil noble de reproduction — et des hémorragies dues à l'évolution d'éléments néoformés dans l'ovaire.

Les hémorragies ovariennes proprement dites ne sont pas rares. BAUMANN, dans sa thèse de 1934, en avait retrouvé 300 observations. Pour Ch. PIERRA, l'origine ovarienne de ces hémorragies serait encore plus fréquente, et surtout à l'époque du maximum d'activité ovarienne, c'est-à-dire entre vingt et quarante ans.

Dans le cycle menstruel, la fréquence serait, l'une à la période qui suit la ponte, l'autre à la fin de la période d'état du corps jaune. L'ovaire qui saigne est fréquemment le siège de dégénérescence microkystique.

Les hémorragies dues au *stroma ovarien* sont très rares ; dues : 1° à l'apoplexie ovarienne pure, massive, qui bouleverse toute structure, ou 2° à l'apoplexie à foyers multiples, Ch. PIERRA a ajouté à ces deux formes : 3° les apoplexies partielles.

L'examen microscopique a permis d'affirmer une *hémorragie ovarienne d'origine folliculaire*. L'hémorragie se produirait par éclatement, sous l'influence de la distension, du kyste folliculaire, entraînant une hémorragie à « vacuo » consécutive ou par rupture de petits vaisseaux à la surface de la rupture.

Pour BAUMANN, « le fait primitif n'est pas la rupture, mais l'hémorragie qui distend la vésicule et la fait éclater ».

Une autre *hémorragie ovarienne* avec toutes les transitions depuis l'état normal, jusqu'à l'état kystique, existe du fait *du corps jaune*.

Le corps jaune qui saigne le plus est le corps jaune le plus récent, du fait du *développement* de la vascularisation qui accompagne le premier stade de la transformation lutéinique.

Physiologiquement, il y a toujours quelques gouttes de sang à la constitution de ce corps jaune ; ce serait alors l'exagération de ce phénomène physiologique qui pourrait expliquer les hémorragies du corps jaune.

Il serait vain de croire que ces hémorragies dues à la rupture d'un corps jaune n'ont pas conduit dans certaines formes à des interventions non pour la cause réelle, bien entendu, mais pour un syndrome de la fosse iliaque droite (COURRIER et DUBOUCHER) et actuellement, où la doctrine moderne tient essentiellement à la conservation au maximum du parenchyme ovarien, il faudra savoir résister à la tentation d'enlever un appendice innocent et ce, malgré l'incision pratiquée dans la fosse iliaque droite.

III. — LA MYOMECTOMIE

Opération idéale puisqu'elle guérit la maladie tout en conservant l'organe, la myomectomie n'a pas toujours joui d'une bonne réputation aux yeux des chirurgiens gynécologues. Et cependant, cette opération n'entraînant pas de ménopause artificielle, n'influant pas sur le psychisme des malades qui ont conservé l'espoir d'une grossesse, a retrouvé aujourd'hui la place de choix qui lui revient.

Les inconvénients n'ont pas échappé : la possibilité d'une hémorragie intra-péritonéale post-opératoire, l'infection de la poche résiduelle, si la cavité a été ouverte. Néanmoins, dans des mains expérimentées, cette opération n'a pas donné plus de 0,5 % de mortalité. Mais pour nous, nous savons la fréquence des suites opératoires un peu anormales avec hyperthermie (38°5 et même 39° — MOCQUOT et COTTE). Ne faut-il voir là que la simple température due à une résorption hématique, ou le fait d'une infection latente, aujourd'hui vite jugulée par les antibiotiques ? Nous admettons volontiers les deux processus et ceci nous incite à beaucoup de prudence et à encore plus de modération, pour éviter au cours des myomectomies de faire un geste opératoire qui risque de ne pas être anodin. Pour nous, la myomectomie est une contre-indication *absolue* à faire dans le même temps opératoire une appendicectomie.

IV. — DANS LA CHIRURGIE DE LA STERILITE

Dans la chirurgie de la stérilité, où des manœuvres nombreuses, visant souvent à libérer des adhérences, où les processus infectieux anciens ne sont pas exceptionnels, la prudence est encore de mise surtout en fonction du but

recherché. D'autant que souvent, l'hémostase n'est pas toujours parfaite, surtout dans les cas de salpingostomie (terminale, latérale ou transverse), même si on a utilisé le bistouri électrique pour ouvrir et créer l'ouverture tubaire.

Pour que toutes les tentatives de restauration fonctionnelle de la trompe aient une chance d'aboutir à une perméabilité suffisante pour assurer une grossesse, les suites opératoires doivent être absolument apyrétiques et sans la moindre réaction infectieuse. C'est pourquoi nous pensons que l'appendicectomie dans de tels cas ne se discute même pas.

V. — DANS LES EXERESES LOCALISEES

Les plus habituellement indiquées après les infections annexielles. La poussée infectieuse aiguë a pu rétrocéder complètement sous l'influence des antibiotiques ou encore une localisation a pu se produire sous l'influence du même traitement se limitant à des lésions localisées, souvent macroscopiquement il s'agit de lésions peu importantes et ce sont habituellement ces lésions qui sont les plus douloureuses et qui résistent le mieux aux antibiotiques et aux traitements physiothérapiques. En somme, ce sont ces « états séquelles » des annexites qui commandent des exéreses localisées. Soit qu'on pratique une annexectomie, ou une salpingectomie, ou une hystérectomie type BEÜTTNER, l'infection n'en existe pas moins. Elle est habituellement latente, murée par les antibiotiques mais ne demandant souvent qu'une occasion pour se développer.

L'appendicectomie dans ces cas est contre-indiquée. Des adhérences ne manqueront pas d'être rompues, des lymphatiques seront ouverts, l'hémostase dans ces cas, après une intervention parfois pénible, ne manquera d'être, sinon peu satisfaisante, du moins difficile, et nous retrouvons là, la sommation des raisons qui militent à l'encontre de l'appen-

dicectomy systématique. Aux raisons lymphatiques, adhérentielles, sanguines, s'ajoute l'ouverture d'une cavité septique : trompe, utérus et plus encore un pyosalpinx ou un hémato-salpinx ont pu être rompus, soit au cours de leur libération, soit au cours de leur exérèse.

Dans les *lésions ovariennes* (ovarites scléro-kystiques et autres), la tendance actuelle est d'être conservateur au maximum : une tranche de tissu ovarien sain anatomiquement pouvant, en effet, fournir au point de vue physiologique un apport endocrinien suffisant, pour éviter les lésions d'une castration anticipées. Or, ces exérèses limitées ne peuvent se faire sans une petite hémorragie, l'hémostase de la tranche de section n'est pas toujours parfaite ; les canaux lymphatiques de l'ovaire, communiquant avec les annexes et même avec la région appendiculaire, ne manqueront pas d'être ouverts et nous retrouvons là, la triade essentielle pour contre-indiquer formellement le nouveau temps septique que constituerait l'appendicectomy.

VI. — LES MALPOSITIONS UTERINES

Qu'il s'agisse d'un MARION pour cloisonnement du Douglas dans les rétroversions ; d'une ligamentopexie (DOLERIS et succédanés), d'un PESTALOZZA ; on intéresse, on côtoie, ou on ouvre des espaces cellulux et nous savons trop, pour l'avoir observé avant l'ère des antibiotiques, combien ces espaces sont prompts à l'infection et aux fusées pour ne pas être incité à une conduite et à une attitude de prudence. Il ne faut pas se laisser tenter, grâce aux antibiotiques, à louver avec le danger et nos observations démontrent éloquentement quel peut être le pronostic différent dans deux cas assez superposables. C'est dire que si l'appendicectomy peut toujours être faite, elle n'en est pas moins un risque : il faudra savoir le courir dans certains cas, ne pas s'y exposer dans d'autres.

VII. — LES HYSTERECTOMIES

Qu'il s'agisse d'hystérectomies totales ou subtotaies, bien entendu en dehors du cancer, l'appendicectomie fait courir beaucoup moins de risque aux malades. Ceci pour différentes raisons qu'il importe de préciser pour terminer ce chapitre.

Dans l'hystérectomie totale, le temps septique d'ouverture du col est limité au maximum. Par ailleurs, il suit l'exérèse des ligaments larges et des annexes, le plus habituellement. La source d'infection locale est donc éliminée et une péritonisation toujours possible et habituellement parfaite isole d'une façon absolue le petit bassin sous-péritonéal de la grande cavité, l'hémostase, enfin, est toujours correcte, les risques de flambées infectieuses sont donc limitées au maximum.

Dans les hystérectomies totales, enfin, le drain ou la mèche vaginale ou les deux, que la prudence incite tous les opérateurs à mettre en place, mettent à l'abri d'une flambée infectieuse et diminuent d'autant les risques possibles d'une infection à point de départ appendiculaire, si l'opérateur, après DUJARRIER et PAUCHET, a cru bon de terminer son intervention par cette ablation.

LES INDICATIONS POSSIBLES EN FONCTION DE L'INTERVENTION PRATQUÉE

Pour résumer les notions exposées aux chapitres précédents et à la lumière de nos recherches bibliographiques, nous pensons pouvoir reconnaître :

- des contre-indications absolues ;
- des contre-indications relatives ;
- des contre-indications discutables.

I. — Trois ordres d'opérations posent des contre-indications *absolues* :

- toutes les infections aiguës du petit bassin ;
- tous les hémopéritoïnes ;
- toute la chirurgie visant le traitement de la stérilité.

Ces interventions, en effet, cumulent les difficultés, les dangers lymphatiques et les dangers d'hémostasé.

— La myomectomie pour plusieurs raisons : elle ouvre souvent une cavité septique : l'utérus. Opération souvent hémorragique et d'hémostase difficile et même quelquefois aléatoire. Enfin, la persistance d'une poche après l'énucléation du myome laisse une cavité suintante propre à l'infection.

II. — Contre-indications *relatives*.

Les exérèses localisées. Il s'agit habituellement alors de séquelles d'infections anciennes refroidies ou passées à la chronicité ; la virulence des germes peut alors être consi-

dérée comme nulle et une bonne préparation, sous le couvert des antibiotiques, laisse une place à l'appendicectomie.

III. — Contre-indications *discutables* :

- ligamentopexies ;
- isthmopexies ;
- hystéropexies ;
- cloisonnement du Douglas.

Nous ne trouvons pas dans ces différentes opérations les causes principales (lymphatiques — sang — infection), qui nous ont fait rejeter l'appendicectomie dans les précédentes opérations. Ainsi, si l'appendice est ou a été la source de troubles antérieurs, en l'absence de lésions aiguës, évolutives, l'appendicectomie reste défendable et possible sans inconvénient, a priori, pour la malade.

Enfin, nous avons vu quel était notre point de vue dans les hystérectomies en dehors de celles pratiquées pour le cancer : les risques d'appendicectomie semblent moins grands et ne pas lier les mains du chirurgien pour lui interdire cette exérèse.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Madame V... Yvette, trente et un ans, vient nous consulter en novembre 1950 pour douleurs du bas-ventre. L'examen gynécologique nous permet de constater l'existence d'un myome de la corne droite, et une intervention proposée est acceptée par la malade.

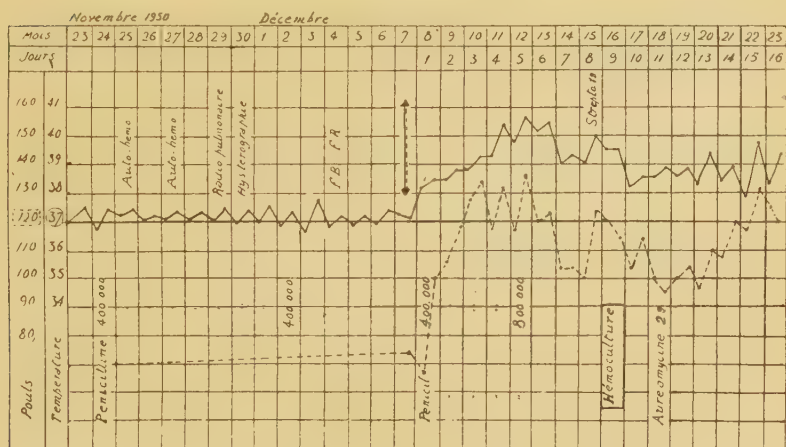


FIGURE 1

Dans les antécédents de la malade, on note une tuberculose pulmonaire en 1940 et un pneumothorax droit en 1942. Par ailleurs, un enfant vivant né en 1943, une fausse-couche spontanée en 1946. Enfin, notons que cette malade est réglée régulièrement

rous les vingt-quatre jours, règles abondantes avec quelques caillots et durant six à sept jours.

Intervention le 7 décembre 1950. Médiane sous-ombilicale, il existe effectivement un assez volumineux myome pédiculé de la corne droite, un kyste de l'ovaire droit du volume d'une petite mandarine. On fait une myomectomie et l'ablation conservatrice du kyste de l'ovaire. L'appendice se présente alors, il est entouré de formations vélamenteuses, traces certaines d'inflammation ancienne. On fait une appendicectomie avec enfouissement. La péritonisation est partout excellente. Paroi en deux plans. A.G. protoxyde-éther-O².

En somme, opération d'une extrême banalité dont nous pouvions et devons espérer des suites simples et apyrétiques. Il n'en fut rien, et les suites furent d'une extrême gravité.

En effet, la fièvre s'allumait dès le lendemain de l'intervention pour atteindre 40°8 le cinquième jour, et ceci malgré une

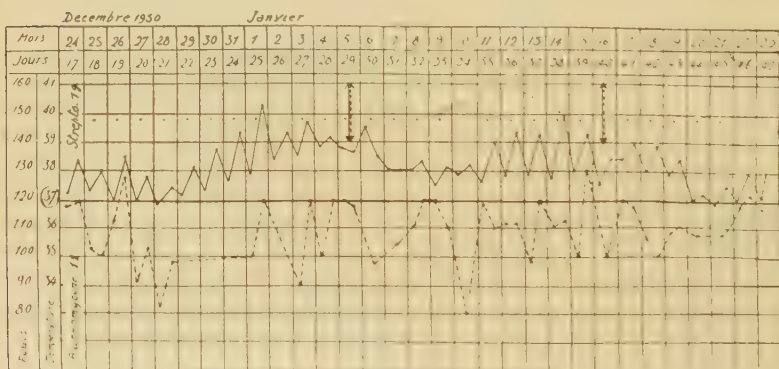


FIGURE 2

pénicillinothérapie générale importante, commencée à 400.000 unités et portée à 800.000 dès le deuxième jour. Parallèlement et devant la gravité de l'état général, perfusion I.V. de sérum glucosé et injections bi-quotidiennes d'analeptiques cardio-vasculaires.

Et les modifications de la formule blanche sont encore plus saisissantes avant l'intervention, 6.800 globules blancs avec 72 %

de polynucléaires neutrophiles. Quarante-huit heures après l'intervention, au moment même où la fièvre s'élevait, le taux des globules passait à 20.300 avec 86 % de polynucléaires.

La température continuait à osciller à plus de 40°, et devant l'échec à peu près consommé de la pénicilline, on institue un traitement par la streptomycine et l'auréomycine par voie buccale.

La veille du début de ce traitement, nous avons demandé une hémoculture qui reste négative.

Un exsudat assez douteux apparaissant au niveau de la cicatrice au sixième jour, nous faisons un prélèvement qui montrait à la culture l'existence de colibacilles et de sarcines.

A partir du dix-huitième jour, nous pensions avoir gagné la partie grâce aux antibiotiques, et avec une relèbe de l'état général, nous assistions à une sédation et à une stabilisation de la température autour de 37°. Ce ne fut là qu'un très court entr'acte. A cette période, la malade avait déjà reçu 16 gr. d'auréomycine *per os* et 15 gr. de streptomycine.

Brusquement et avec une régularité déconcertante, nous assistions à une nouvelle ascension de la température qui oscillait à 39°5 et 40°, cependant que la formule blanche avait subi une modification pouvant faire espérer une rétrocession de l'infection

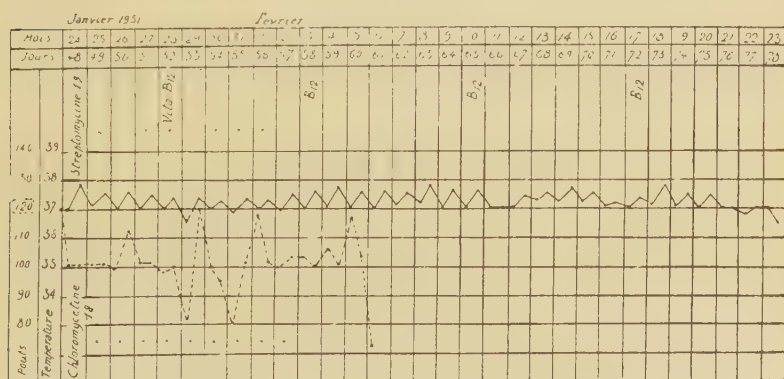


FIGURE 3

(12.100 globules blancs avec 79 % de polynucléaires) et cependant localement, un tableau d'une collection profonde du cellulaire du bassin commençait à dominer la scène, se traduisant par des douleurs lancinantes et un empâtement douloureux rétropubien s'étendant aux deux fosses iliaques. La collection s'affirmant et même s'étendant à l'hypocondre gauche, siège d'un empâtement douloureux diffus, nous réinterventions le 5 janvier 1951.

Sous A.G. (C.F.) en passant par l'incision de laparotomie, nous évacuons et drainions un abcès cloisonné du Retzius. Tandis que par une incision de l'hypocondre gauche, nous drainions une péritonite sous-phrénique gauche localisée. Nous assistions alors à une amélioration relative de l'état général et une sédation de la température qui cependant ne descendait pas au-dessous de 38°. Puis de nouveau, à partir du 12 janvier, soit au trente-cinquième jour après la myomectomie, nouvelle ascension oscillante de la température qui, bientôt de nouveau, atteignait 40°, tandis qu'un nouvel empâtement douloureux incision de drainage d'un abcès sous-phrénique droit localisé... et la partie semblait gagnée.

Mais le 20 janvier, une fistule intestinale est découverte à la visite du matin, avec émission abondante de gaz et de matières fécales extrêmement liquides (fistule du grêle). Parallèlement, l'état général recommençait à baisser et à redevenir inquiétant.

Nous bourrions la fistule de placenta frais provenant d'une césarienne faite quelques minutes auparavant. Nous fîmes par la suite deux autres applications de placenta (amnios et chorion) et nous eûmes l'agréable surprise de voir la fistule intestinale se tarir complètement pour ne plus se reproduire, et qui plus est, l'incision de drainage sus-pubien, qui normalement nous laissait prévoir une éviscération, est actuellement cicatrisée, ombiliquée, inesthétique certes, mais sans la moindre éviscération.

Actuellement, la malade se remet lentement de cette longue, tenace et particulièrement virulente infection de son cellulaire pelvien et sous-péritonéal.

OBSERVATION II

(Observation inédite datant de 1946, due à l'obligeance
de M. AUCLAIRE)

Madame M... Intervention pour stérilité à la demande expresse de la malade. On n'intervient qu'en l'absence de toute poussée annexielle infectieuse récente. A l'examen clinique, il s'agit d'un hydrosalpinx bilatéral et de noyaux fibreux saillants sous la séreuse : l'un au fond et à gauche de l'utérus et l'autre au niveau de l'implantation du ligament rond gauche.

Intervention : incision curviligne sus-pubienne. Hémostase au bistouri électrique. On découvre les deux hydrosalpinx caractéristiques qui occupent le 1/3 externe des deux trompes. On pratique un salpingolysis droit et gauche par libération des adhérences annexielles bilatérales au niveau des pavillons.

La portion dilatée des deux trompes paraissant pratiquement irrécupérable, on pratique l'exérèse du 1/3 externe de la trompe droite et du 1/4 externe de la trompe gauche avec création d'un néo-pavillon au bistouri électrique. Ourlage de la tranche de section. Hémostase soignée. Après catathérisme de la trompe droite pour vérifier la perméabilité et contrôle de celle-ci par insufflation tubaire au cours de l'intervention, on installe des champs fins pour vérifier l'hémostase avant la fermeture. Pendant ce temps, on procède à l'extraction de deux noyaux fibreux. L'un du volume d'une noix sèche sur le fond et à gauche de l'utérus, saillant, avec un pédicule assez large. L'autre du même volume au-dessous de l'implantation du ligament rond gauche avec un pédicule un peu moins large. Capitonage de la tranche de désinsertion des deux myomes et péritonisation soignée par petit surjet local.

Au cours d'intervention et à la demande de la malade, on pratique une appendicectomie. L'appendice est latéro-cœcal interne, légèrement turgescant, présentant l'aspect d'une appendicite chronique. Mésio-appendice légèrement épaissi. Ligature du méso,

section du moignon appendiculaire au thermocautère, enfouissement aux catguts en bourse.

Anesthésie : évipan starter 0 g 50 suivi d'anesthésie générale au masque d'Ombredanne avec mélange de Schleisch.

Suites opératoires : la malade n'a présenté à aucun moment une température dépassant 38°, jusqu'au cinquième jour. La tension s'est maintenue entre 13-7 et 12-8, présentant une différentielle suffisamment accentuée. Médications post-opératoires habituelles : toni-cardiaque, sérum salé et glucosé sous-cutané. Élimination rénale normale, urines normales. Albumine néant, sucre néant. Par contre, la régularité des fonctions intestinales ne se rétablit qu'au quatrième jour, péniblement, après plusieurs lavements évacuateurs et administration de prostigmine I.M.

Le sixième jour au matin, apparition de signes de péritonite. Ballonnement, météorisme accentué, vomissements de plus en plus fréquents tendant à devenir porracés, langue sèche sur les bords, nez pincé. Tableau général alarmant, abdomen tendu et douloureux, arrêt de l'évacuation des matières et des gaz. On décide de procéder à une réintervention. Température : 39°2 la veille et 38°3 le matin de l'intervention.

Réintervention : on fait sauter les points de la suture et l'on aborde rapidement la zone opératoire. L'utérus est parfaitement normal et les sutures péritonéales d'enfouissement des moignons d'implantation des deux myomes sont pratiquement plus visibles, sans aucune adhérence de voisinage. La trompe gauche qui était cependant la plus malade, puisque dans celle de droite la perméabilité a pu être rétablie et qu'à gauche le néo-pavillon créé au bistouri électrique n'a pas permis de constater de transit gazeux par l'insufflation tubaire per-opératoire, la trompe gauche donc est normale, lisse, son extrémité sectionnée est sans adhérences avec les organes voisins — par contre, à droite, on tombe sur une zone de larges adhérences avec fausses membranes importantes. Sous ces fausses membranes, liquide louche extrêmement abondant. En décollant de proche en proche, on arrive sur la zone d'adhérences principale, au fond de laquelle on trouve la partie moyenne de la trompe droite adhérent intimement avec la zone

d'enfouissement appendiculaire. Il n'existe pas à cet endroit de caillot organisé pouvant faire penser à une hémorragie secondaire. Libération de ces adhérences, vérification, mèche, drain.

Suites opératoires : malgré tous les soins intervenus et sur le détail desquels nous n'insisterons pas : soins classiques, sérum hypertonique, intra-veineux, toni-cardiaque, anti-toxique, anti-infectieux, sulfamide intra-péritonéale — 10 g au cours de la première intervention et 10 g au cours de la deuxième intervention — sulfamidothérapie ultérieure par voie intra-musculaire, les phénomènes péritonéaux ne se sont pas amendés et l'exitus s'est produit au quatrième jour après la réintervention.

M. AUCLAIRE a bien voulu nous donner avec son observation les quelques commentaires suivants que nous croyons devoir rapporter :

« Il me semble extrêmement intéressant de noter que dans ce cas particulièrement pénible, puisqu'il s'est terminé par un exitus, la cause réelle de l'exitus nous semble devoir être cherchée dans l'association de l'appendicectomie à l'intervention conservatrice.

A cette époque, il n'existait pas de pénicilline, ni d'antibiotiques modernes autres que les sulfamides dont nous ne disposions d'ailleurs qu'avec une gamme plus restreinte que celle que nous permet la sulfamidothérapie actuelle.

A noter qu'à la réintervention, malgré l'enfouissement, c'est la zone appendiculaire qui était adhérente et adhérente, non pas à l'extrémité néo-formée du pavillon créé au cours de l'intervention, mais à la partie moyenne de la trompe dans une zone normalement non traumatisée où aucune adhérence n'aurait dû en fait se produire ».

CONCLUSIONS

I. — L'appendicectomie au cours des interventions sur le petit bassin est-elle un risque ou peut-elle être considérée comme sans danger ? La solution du problème répond à des cas précis et obéit à des règles générales que nous avons précisées.

Certes, de nombreux chirurgiens n'hésitent pas à enlever un appendice qui, presque toujours, se présente facilement au cours des laparotomies. D'autant que très souvent, des malades ont attiré l'attention sur leur carrefour iléo-cœcal ; d'autres, enfin, ayant réclamé d'elles-mêmes cette appendicectomie.

II. — L'appendice des fibromateuses peut être considéré comme malade du fait des inter-communications lymphatiques et comme tel, constituer un risque qui imposerait l'appendicectomie.

III. — Le rôle du sang dans le péritoine et l'hémostase du ligament large n'est pas douteux dans la genèse du développement des infections du cellulaire du petit bassin. Les antibiotiques pré et post-opératoires, s'ils ont amélioré le pronostic de ces opérations, n'en ont pas pour autant diminué le risque.

IV. — Logiquement, l'appendicectomie qui constitue toujours un temps plus ou moins septique, ne devrait être pratiquée qu'à la fin de l'intervention, alors même que la paroi abdominale est au trois-quarts suturée (MOCQUOT et RUDLER). A l'opposé, certains auteurs ont préconisé l'appendicectomie comme premier temps opératoire, avant même d'entreprendre le moindre geste sur le petit bassin, après avoir changé, bien entendu, d'instruments et de gants.

V. — Sous réserve des restrictions que nous avons formulées, nous pouvons schématiser de la façon suivante les indications et les contre-indications de l'appendicectomie dans la chirurgie du pelvis :

A. — Les contre-indications *absolues*, admises par la majorité des auteurs :

- 1° Les infections aiguës : salpingite ; pyosalpinx ; phlegmon du ligament large ; ovarite : kyste de l'ovaire.
- 2° Les hémopéritoinies quelle que soit leur origine.
- 3° Toute la chirurgie visant le traitement de la stérilité : salpingolyse ; salpingostomie ; réimplantation tubaire ; salpingo-ovaro-synthèse ; plasties péritonéales (PESTALOZZA).
- 4° Myomectomie :
 - à cause de l'ouverture de la cavité endométriale par définition septique ;
 - à cause du suintement sanguin inhérent à ces opérations.

B. — Les contre-indications *relatives*.

Les exérèses localisées : salpingectomies ; hystérectomies fundiques ; annexectomies ; ovariectomies.

C. — Les contre-indications *discutées et discutables*.

Les fixations utérines : ligamentopexies ; isthmopexies ;
hystéropexies ; le cloisonnement du Douglas.

VI. — Il semble bien que les risques infectieux sont
moins grands lorsqu'une appendicectomie est faite après
des hystérectomies.

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de Thèse :
CORDIER

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

- BAUMANN (J.). — Les hémopéritonées génitales non gravidiques. (*Thèse*, Paris, 1934.)
- BÉRARD et VIGNARD. — L'appendicite. Etude clinique et critique. 1914.
- BOUDREAUX (J.). — Conduite du traitement chirurgical pour fibrome. (*Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, tome « Gynécologie », année 1950, p. 585-588.)
- BOGDAN (H.). — La stérilité d'origine utérine. (*Thèse*, Paris, 1926.)
- GÉRARD (G.). — Les vaisseaux et ganglions lymphatiques. (*Manuel d'Anatomie Humaine*, 1912, p. 637.)
- GUEULLETTE (R.). — Des accidents occlusifs après hystéropexies. (*Les Entretiens de Bichat*, 1948.)
- HEPP (M.-J.). — Pathologie du cœcum et de l'appendice. (*Nouveau Précis de Pathologie Chirurgicale*, tome V.)
- LAFFONT (A.) et AZERAD (E.). — Stérilité féminine. (*Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, tome « Gynécologie », 1937, p. 743-750.)
- LECÈNE (P.) et LERICHE (R.). — Thérapeutique chirurgicale, tome III, 1926.
- LE GAC (M.-P.). — A propos des appendicectomies complémentaires des opérations abdominales. (*Bulletin de la Société des Chirurgiens de Paris*, 1944, t. 34-35.)
- LEMIERRE et LENORMANT. — Les appendicites aiguës. (*Traité de Médecine*.)

- LUQUET (M.-G.). — A propos de l'appendicectomie complémentaire des opérations pelviennes. (*Bulletin de la Société des Chirurgiens de Paris*, 1943.)
- MOCQUOT (P.) et RUDLER (J.-C.). — Appendicectomie s'il y a lieu. (*Traité de Technique Chirurgicale*, 1942-1943, p. 813.)
- MOUGENOT, SARLIN et AULONG. — Suites compliquées d'une myomectomie et d'une appendicectomie : abcès sous-phrénique gauche et droit, abcès du Retzius. Echec des antibiotiques. Fistule du grêle : greffe placentaire. (*Société des Chirurgiens de Paris*, 1951, p. 127-131.)
- PALMER (R.) et PARESSANT (J.). — Hémorragies intra-péritonéales d'origine génitale. (*Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, tome « Gynécologie », 1934, p. 719-724.)
- PARIENTE (J. DE). — Stérilité d'origine tubaire. (*Thèse*, Paris, 1935.)
- PATEL (J.) et PETIT (P.). — Pathologie de l'appareil urinaire et de l'appareil génital masculin. Pathologie de l'appareil génital de la femme. (*Nouveau Précis de Pathologie Chirurgicale*, t. VI.)
- POLLOSSON (E.). — Appendicite et trompes.
- QUÉNU (J.). — L'appendicectomie préventive au cours de diverses opérations abdominales. (*Traité de Technique Chirurgicale*, 1922-1944.)
- SÉGUY (J.). — Métrorragies polyhormonales. (*La Médecine*, avril 1935, n° 5, p. 277.)
- TESTUT (E.) et LATARJET. — Les systèmes lymphatiques du cœcum et de l'appendice. (*Traité d'Anatomie Humaine*, 9^e édition.)
- VIGNARD (P.). — (*Lyon Chirurgical*, t. 40, n° 5, 1945.)